Rok XXXIII. Kraków 21. Lipca 1894 r. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1^1/_2$ "	" $3^1/_8$ "	" 6 "

Za dni kilka już zjadą się po raz siódmy, dzięki trafnej, przed 25 laty właśnie powziętej inicyatywie nieodżałowanej pamięci **Adryana Baranieckiego** nasi przyrodnicy i lekarze a zjadą wśród niezwykłego nastroju, jakiego podnietą jest odbywająca się właśnie wystawa krajowa, mająca świadczyć o naszym postępie na polu nauk, sztuk, przemysłu, gospodarstwa rolnego i opieki nad zdrowiem publicznem. Zapowiedzenie znacznej liczby odczytów, między którymi wiele dotyka bardzo ważnych kwestyj z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich lub ich zastósowania praktycznego, życzliwość Władz, energia Komitetu gospodarczego i gościnność mieszkańców miasta są dobremi wróżbami dla Zjazdu przyrodników i lekarzy, mającego wkrótce rozpocząć swe czynności.

Mając też uzasadnioną nadzieję, iż Zjazd spełni dobrze ważne swe zadania przyczynienia się do postępu nauki, zbliżenia koleżeńskiego do siebie pracowników na polu umiejętności przyrodniczych i lekarskich, tudzież przysporzenia krajowi korzyści z poprawy stósunków ekonomicznych i sanitarnych życzymy mu powodzenia w pracy i zasyłamy serdeczne Szczęść Boże!

Redakcya.

I. O przymiotach dobrej wody oraz metodach badania ze stanowiska współczesnej higieny.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 27. Czerwca 1894.

przez

O. Bujwida.

Jednem z najważniejszych a zarazem i najczęściej poruszanych zagadnień higieny jest oznaczenie, czego wymagać należy, ażeby można było uznać daną wodę za mniej lub więcej zdatną do użytku ludności. W tym celu posługiwano się do niedawna jedynie metodą chemiczną. Z wynalezieniem przez Kocha metody hodowania bakteryj na stałych pożywkach wprowadzono inną metodę, pozwalającą określić ilość i jakość żywych szkodliwych zanieczyszczeń; jest to metoda bakteryologiczna. Trudno zaprzeczyć dzisiaj, że ta druga, nowa metoda stanowczo wyprzedziła pierwszą. W krótkości postaramy się obecnie przedstawić, jakich zanieczyszczeń w wodzie poszukiwać i jakie z nich za najszkodliwsze uznać należy oraz jakie rodzaje wody najmniej zawierają zanieczyszczeń. Osobno rozpatrzymy się szczegółowo w różnych rodzajach wody i opiszemy metody badania i sposoby oczyszczania wody.

Przedewszystkiem staramy się orzec, czy dana woda jest szkodliwą czy nie. Jeżeli zastósujemy metodę chemiczną, możemy wykryć za jej pomocą trujące pierwiastki, jak ołów, arsen i t. p., następnie zaś możemy wykryć związki, jakie powstają z rozkładu lub towarzyszą rozkładowi materyi organicznej, oraz substancye pochodzące z wydalin ustroju zwierzęcego i ludzkiego, odpadków gospodarstwa domowego i innych nieużytecznych materyj. Nie zawsze wszystkie te substancye znajdujemy w wodzie, nie wszystkie wreszcie znajdują się w ilościach dostatecznych do wykrycia; tak

n. p. do obecnej chwili nie możemy powiedzieć stanowczo, czy w wodzie znajdują się, czy nie znajdują się substancye trujące czyli toksyny i ptomainy wytwarzane przez zarazki i bardziej na zasadzie rozumowania, niż rzeczywistych danych dochodzimy do wniosku, że ich w wodzie nie bywa. Za pomocą chemii nie możemy wcale przekonać się, czy i o ile w wodzie znajdują się bakterye. Możnaby to zrobić wprawdzie za pomocą oznaczenia substancyi organicznej — ilość jej jednak w wodzie jest w ogóle nieznaczna; przedewszystkiem zaś ciężar bakteryj jest tak mały, że uchodzi w całości badaniu. Ciężar ten można dosyć ściśle oznaczyć za pomocą metody biologicznej; pokaże się wówczas, że jeden miligram czystej hodowli zawiera 10—40 milionów bakteryj; w tej zaś wadze około $^1/_{10}$ przypadnie na właściwą substancyę organiczną, czyli że 100—400 milionów bakteryj dać może zaledwo miligram substancyi organicznej.

Badając chemicznie porcyę wody, nie przenoszącą 100 cm. sz. nie mamy w tej ilości wody nigdy więcej nad 100 do 500 tysięcy bakteryj. Ztąd widać więc, że w tym razie przechodzimy znacznie granice ścisłości metody chemicznej i musimy użyć innej a tą jest metoda biologicznego oznaczania ilości bakteryj.

Jeżeli za pomocą chemii wykryć nie możemy ilości bakteryj, to naturalnie tembardziej nie możemy określić ich jakości, co dla higieny mieć musi najgłówniejsze znaczenie. Metoda biologiczna pozwala nam na jedno i na drugie, jakkolwiek z niejednakową łatwością. W każdym razie bliżej będziemy prawdy, jeżeli poprzestając choćby tylko na oznaczeniu ilości obliczymy bakterye w wodzie zawarte. Pozwoli nam to z daleko większą pewnością sądzić o ilości możliwych szkodliwych zanieczyszczeń, niż gdybyśmy posiłkowali się jedynie metodą chemiczną. Jeżeli woda zawiera wiele bakteryj, oznacza to, że styka się z wielkiemi ilościami rozkładających się materyj organicznych, że bliską jest ścieków, w których łatwo znaleźć się mogą zarazki chorobotwórcze. Mogę powiedzieć na zasadzie wielu badań własnych i cudzych, że nie ma metody czulszej do oznaczenia ilości szkodliwych zanieczyszczeń, jak ta właśnie metoda bakteryologiczna.

Poniżej przytoczę kilka dowodów na poparcie tego twierdzenia. Teraz zaznajomimy się z temi zanieczyszczeniami, które oddawna uważamy za szkodliwe a które wykryć można na drodze chemicznej. Dwie te metody bowiem powinny iść ręka w rękę uzupełniając się wzajemnie. Pominiemy pierwiastki mineralne trujące, jako znajdować się mogące w wyjątkowych tylko okolicznościach a wymienimy te tylko, które zwykle znajdują się w wodzie.

Przedewszystkiem chlor i jego połączenia, najczęściej w postaci chlorku sodowego czyli soli kuchennej w wodzie wykrywane, wskazują na zanieczyszczenie przez wydaliny płynne (mocz). Przesiąkając przez grunt chlorek sodowy dostaje się do wody i może w niej znajdywać się w mniejszej lub większej ilości. Różni autorzy różne podają ilości dozwolone chlorków w wodzie. Granice wahań są dosyć znaczne, wynoszą bowiem od 2—50 miligramów w litrze. Za podstawę wszakże przyjąć należy, zdaniem mojem, tę ilość, która w każdym gruncie jako takim się znajduje i tylko przewyżkę uważać za zanieczyszczenie. Grunt Krakowa i okolicy jakkolwiek nie wszędzie, zawierać musi w głębszych warstwach nieco soli, gdyż Wisła pod Krakowem zawiera 15 mgr. w litrze, (pod Warszawą tylko 7 mgr.), to też 15 mgr. uważać będziemy jako najwyższe prawidło dla Krakowa [1]). Takiej wody jednak, któraby zawierała tyle tylko chlorków, w całym Krakowie nie znajdujemy. Przeglądając najobszerniejszą w tym względzie pracę prof. Olszewskiego nad wodą Krakowa, również nie mogliśmy znaleźć podobnie czystej wody. W większej części studzien ilość chloru przenosi 50 miligramów w litrze a bardzo często przechodzi poza 100 i 200 miligramów. Odpowiednią zatem ilość moczu wypijać muszą mieszkańcy Krakowa.

Prócz chloru żadna z części składowych nie wykazuje tak wybitnie zanieczyszczenia wody wytworami zwierzęcymi. Inne związki, jak kwas azotowy i amoniak znajdować się mogą nawet w dosyć znacznych ilościach i w wodach niezanieczyszczonych. Pochodzą one z rozkładu materyi organicznej pokrywającej powierzchnię gruntu a w części i z opadów atmosferycznych, w których znajdują się stale. To też ślady amoniaku i 4—20 miligr. kwasu azotowego dopuścić można w wodzie do picia według prawidła przyjętego przez Towarzystwo chemików szwajcarskich. Sądzę jednak, że nie do każdej wody można zastósować to prawidło. Wody studzienne krakowskie, zawierające amoniak prawie bez wyjątku wykazują również wielkie ilości żywych bakteryj. Wielkie ilości kwasu azotowego u nas zawsze występują współcześnie z innemi szkodliwemi zanieczyszczeniami. To też u nas prawidłowa ilość kwasu azotowego winna być mniejsza i nie przenosić t. zw. śladów, które odpowiadają mniej więcej 5 mgr. w litrze, amoniaku zaś nie powinno się dopuszczać wcale mianowicie wówczas, gdy znajdujemy w wodzie więcej, niż 300 bakteryj w 1 cm^3.

Kwas azotawy zwykle znajduje się w wodach bardzo zanieczyszczonych i dlatego nawet śladów jego nie można dopuścić.

Ilość materyj organicznych w wodzie nie powinna przekraczać 10—50 miligr. w litrze. To powszechnie przyjęte prawidło można i u nas zastósować, jakkolwiek oznaczanie ilości materyj organicznych za pomocą zwykłych metod dotąd używanych nie daje dokładnego pojęcia o rzeczywistej ich ilości.

Jeszcze jedna cyfra może mieć znaczenie; jest nią oznaczenie twardości wody. Woda jest tem twardszą, im więcej zawiera węglanu i siarkanu wapniowego i magnowego. Twardość ta zmniejsza się przy gotowaniu, jeżeli w wodzie jest dużo wolnego bezwodnika kwasu węglowego, gdyż w tym razie rozkłada się rozpuszczalny dwuwęglan wapniowy a opada węglan nierozpuszczalny. Ponieważ bezwodnik węglowy tworzy się w gruncie skutkiem utleniania się substancyj organicznych kosztem tlenu powietrza, zatem im więcej znajduje się w wodzie wolnego bezwodnika, tem więcej spraw rozkładowych, tem więcej rozpuści się wapna i tem większą twardość ogólna czyli przemijająca.

Wody Krakowa i okolic muszą być dosyć twarde, już wskutek wielkiej ilości związków wapna i magnezyi w gruncie. Twardość całkowita wody wiślanej pod Krakowem wynosi około 14^0 franc., co odpowiada 140 mgrm. w litrze węglanu wapniowego. Wody gruntowe okolic Krakowa, jak np. woda ze źródeł Regulickich jest twardsza, według mojego

[1]) Właściwie nawet ta ilość jest za wielką, gdyż wody studzienne pochodzą z warstw powierzchownych, które zawierają znacznie mniej chloru.

rozbioru wynosi bowiem 18°. Wody studzienne w samym Krakowie są znacznie twardsze; twardość ogólna dochodzi często do 80 i wyżej stopni francuskich, co wskazuje znów na zanieczyszczenia organiczne gruntu. Twardość wody do użytku technicznego powinna być jak najmniejszą, gdyż od niej zależy tworzenie się osadu w kotłach Do picia najlepszą jest woda mająca 10—14° ogólnej twardości.

Jak już powyżej oświadczyć miałem sposobność, wszystkie te dane chemiczne z badania wody za pomocą metod ilościowych nie dają nam właściwie dokładnego obrazu szkodliwości zanieczyszczeń. Dzieje się to głównie z tej przyczyny, że woda może zawierać wszystkie te zanieczyszczenia nawet w znacznych ilościach a jednak nie być szkodliwą. Bo i cóż szkodzić może chlorek sodowy, węglan wapniowy, azotan wapniowy i t. p. związki chemiczne z natury swojej zupełnie nieszkodliwe lub szkodliwe tylko w ilościach kilkaset razy większych od tych, które zwykle znajdujemy w wodzie. Jeżeli tedy obecność tych zanieczyszczeń uznajemy za wskazówkę szkodliwości badanej wody, to robimy to jedynie na tej zasadzie, że zostają one w związku z rozkładem materyi organicznej będącym, jak wiadomo, wynikiem życia bakteryj. Szkodliwość zatem danej wody uważać można za zależną od mniejszej lub większej ilości żywych wytwórców produktów zanieczyszczających; wielka ilość bakteryj w wodzie wskazuje bowiem na możliwość dostawania się pomiędzy nieszkodliwymi również i szkodliwych bakteryj. Zresztą i nieszkodliwe gnilne bakterye, w większej ilości do ustroju wprowadzone mogą w nim wywołać zboczenia chorobowe. Jeżeli przeto zanieczyszczenia, dające się wykryć w wodzie sposobem chemicznym same przez się nie mogą być szkodliwemi z powodu znacznego roztworzenia, możemy uznać za zasadę, że skoro dana woda zawiera dużo nawet produktów, lecz mało bakteryj, można ją uważać za nieszkodliwą.

Że zaś ta pozorna sprzeczność jest wcale pospolita, pochodzi ztąd, że grunt w grubszej warstwie stanowi tak dokładny filtr, że nie przepuszcza żadnych zarazków, które wydzielone z chorego ustroju znajdują się tylko na powierzchni ziemi i głębiej nie przenikają.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Czy można z góry wiedzieć, w którym przypadku ciąża dojdzie do kresu a w którym się przerwie? Zapewne, że nie. Ale mimo to są przypadki, w których z prawdopodobieństwem można to przewidzieć. I tak n. p. torbiele bardzo duże lub bardzo szybko rosnące, dalej małe, poruszające się łatwo w jamie brzusznej i zmieniające wskutek tych ruchów ciągle położenie macicy, (przyp. 8. i 9-ty), dalej torbiele przyrosłe do dna jamy Douglasa i wywołujące przez swój wzrost objawy uwięźnienia, w końcu guzy leżące na tyłozgiętej macicy i nie pozwalające jej wyprostować się (przypadek Reutera[1]) i Schrödera[2]) sprowadzą łatwiej poronienie niż te, które ani swoją wielkością nie zabierają zbyt wiele miejsca w jamie brzusznej, ani położeniem swojem nie przemieszczają macicy, ani w końcu żywych swoich ruchów nie udzielają macicy. Wszystko to tylko do pewnego stopnia pozwala tak lub inaczej rokować; ścisłość i pewność jest wprost niemożliwa tam, gdzie tyle zawisło od często indywidualnej pobudliwości macicy.

Wpływ guzów jajnikowych na poród jest niewątpliwie daleko niekorzystniejszy, niż na ciążę. Z wyżej zestawionych przypadków w czterech, t. j. 1-ym, 4-ym, 5-ym i 10-tym można było wpływ ten obserwować, w jednym t. j. w 7-ym, wspominają o nim wywiady. W przypadku 1-ym i 4-ym guz stanowił bezwzględną przeszkodę porodową, która w 1-ym przypadku dała się usunąć, w 4-ym zaś uczyniła potrzebnem cięcie cesarskie, zakończone śmiercią. W przypadkach 5-ym i 10-ym nie było mechanicznej przeszkody porodowej, ale w 5-ym przebieg porodu był mimo to tak dla matki jak i dla dziecka niekorzystny i zakończył się śmiercią obu istot. Przeciwnie w przypadku 10-ym, zakończonym korzystnie dla obojga, matki i płodu, guz był dla porodu obojętny. To samo powiedzieć można o znanym nam tylko z wywiadów przypadku 6-ym.

Zestawienia statystyczne wykazują, że powikłanie porodu guzami jajnika jest tak ciężkie, że stosunkowo często kończy się śmiercią matki a jeszcze częściej śmiercią dziecka Rozmaite statystyki różnią się w tej mierze w sposób uderzający. I tak najgorsza ze wszystkich statystyka Litzmanna, oparta na 54 przypadkach wykazuje śmiertelność 44·5%, zebrana zaś razem statystyka Braxtona Hicksa[3]), Rogersa[4]) i Spencera Wellsa (22 przypadków) zaledwie 4·5%. Różnica to duża a w obec małej ilości przypadków zrozumiała. Zestawienie Playfaira (57 przyp.) daje śmiertelność matek 40% a największa a więc *eo ipso* najwiarygodniejsza statystyka Jettera[5]) (215 przyp.) wykazuje 30% śmiertelności. Podobne cyfry daje zestawienie Hirscha i Rémyego.[6]) Już te różnice wykazują, że pożądaną byłaby statystyka większa, na której, szukając wskazań operacyjnych i sposobów leczenia, możnaby oprzeć się śmielej.

Zachodzi pytanie, jakiego rodzaju są te powikłania porodowe tak dla matek i dzieci groźne i od czego one zawisły.

Przeglądając ogłoszone i zestawione w piśmiennictwie przypadki, przychodzi się do przekonania, że rokowanie porodowe zawisło od wielkości, usadowienia, konsystencyi, względnie budowy guza i od tego, czy jest wolny, czy do sąsiedztwa przyrosły. Jeżeli guz jajnikowy jest niewielki, wolny i znajduje się podczas porodu ponad wchodem miednicy, to może nie zakłócać w niczem przebiegu porodu (przyp. 10).

Jeżeli jest duży i znajduje się, jak to zresztą z dużemi guzami bywa prawie zawsze, ponad miednicą małą, to wpływ jego niekorzystny na poród albo się wcale nie objawia albo tylko o tyle, że przemieszczając macicę, zmienia

[1]) Reuter: Ovariotomie bei Gravidität. Inaug. Diss. Jena 1888.
[2]) Schröder: Zeitschr. f. Geburt. u. Gynaek. t. V. 383.
[3]) Fenger: The Journal of gynaecology 1891. September.
[4]) Playfair: On the treatment of labour etc. Obst. trans. 1868.
[5]) Jetter l. c.
[6]) Rémy l. c.

kierunek jej skurczów a w drugim okresie nie dozwala działania tak często niezbędnej tłoczni brzusznej. Więc, jak widzimy, od wielkości guza zawisło do pewnego stopnia rokowanie porodowe. W niewątpliwie wyższym stopniu zależy ono od umiejscowienia. Nie chodzi tu o to, czy torbiel leży na prawo, na lewo, przed, czy za macicą, to jest najczęściej obojętne; ważnem jest tylko to, czy guz znajduje się nad, czy pod wchodem miednicy. Tumory leżące w miednicy małej, choćby nawet, jak na torbiel jajnika, nieduże, wypełniają przecież zagłębienie kości krzyżowej i sprowadzają najczęściej bezwzględny niestósunek porodowy (przyp. 1 i 4). Dopiero ten niestósunek ze swojej strony daje wskazanie do zabiegów operacyjnych, przeważnie ciężkich. Będzie o nich mowa w ustępie o leczeniu.

W tym niestósunku i jego znanych następstwach i tych zabiegach, mających na celu usunięcie go (przyp. 1-szy) lub rozwiązanie matki (przyp. 4-y), szukać należy przyczyny tak znacznej śmiertelności matek i dzieci podczas porodu. Dowodem tego najlepszym tabliczki statystyczne Playfaira i Jettera przytoczone w dziele Charpentiera[1]).

Dwa pozostałe czynniki, od których też w mniejszym lub większym stopniu zawisło rokowanie porodowe, t. j. budowa, względnie konsystencya guza i jego zrosty, odgrywają najważniejszą rolę w tych przypadkach, w których guz znajduje się w miednicy małej. Wolne, jednokomorowe torbiele pozwalają daleko lepiej rokować, niż przyrosłe do jamy Douglasa torbielaki, bo zabieg potrzebny w pierwszym przypadku do usunięcia niestósunku jest bez porównania mniejszej wagi, niż zabieg w przypadku drugim.

Wszelkie zboczenia porodowe zawisłe od tych czterech czynników dają się przewidzieć z góry, i, gdyby innych nie było, rokowanie porodowe nie byłoby zbyt trudne. Ale oprócz nich wydarzają się i inne, niespodziewane a zwykle groźne. Tu należą okręcenie szypuły, krwotok do guza i pęknięcie torbiela, o których wspomnimy raz jeszcze, mówiąc o wpływie porodu na guzy jajnikowe. Mówiąc o powikłaniu porodu guzami, mieliśmy dotąd na myśli dwa pierwsze jego okresy; w tym czasie bowiem widzimy najczęściej najgroźniejsze objawy i w tych okresach wykonywa się też najczęściej zabiegi. Ale i trzeci okres porodowy może się przeciągać i przez krwotoki wewnętrzne i zewnętrzne pogarszać rokowanie. Tu należą te nieliczne przypadki, w których po skończeniu drugiego okresu guz jajnika wsuwa się do miednicy małej i przemieszczając macicę ku przodowi i ku górze odcina drogę łożysku.

Czy kobieta uniknąwszy szczęśliwie niebezpieczeństw ciąży i porodu jest bezpieczna w połogu? Czy grożą jej tylko te same niebezpieczeństwa, co innej położnicy, względnie innej kobiecie, mającej guz jajnikowy?

Na pytanie to mogłaby odpowiedzieć tylko wielka statystyka, której nie ma a w braku której domyślać się tylko możemy odpowiedzi przeczącej. Z naszych pięciu pacyentek, które urodziły mając guz jajnika, zmarły dwie (4 i 5), a trzy (1, 6 i 10) odbywały połóg.

U pacyentki J. Z. (10). był on równie, jak poród prawidłowy, u chorej B. H. (1). gorączkowy, ale szczęśliwie ukończony, u chorej zaś H. H. (6). wystąpiło w pierwszych dniach połogu okręcenie szypuły i zapalenie otrzewnej. Stan jej wymagał owaryotomii, którą też wykonano szczęśliwie.

[1]) Charpentier. Traité pratique des accouchement II. p. 394.

Zapiski literackie odnośnie do połogu są bardzo niedokładne. Olshausen[1]) w znakomicie opracowanej rzeczy o tumorach jajnika u ciężarnych, wspomina o tem zaledwie w kilku słowach; szerzej już nieco rozwodzi się nad tem Charpentier[2]) i Reuter[3]). Wszyscy oświadczają zgodnie, że przebieg połogu musi być i jest przedewszystkiem dlatego gorszy, że poród był zwykle długi, ciężki i wymagał nieraz zabiegów operacyjnych. Ztąd pochodzi stósunkowo wielka liczba zakażeń połogowych. Nadto (Reuter) utrudnione zwijanie się macicy, do guza przyrosłej lub przemieszczonej przedłużać może połóg i sprowadzać niebezpieczne dla już wyniszczonej i osłabionej osoby krwawienia. Jeżeli nadto uwzględnimy, że i na odwrót wpływ połogu na guz może sprowadzić takie jego przemiany, które wprost życiu położnicy zagrażają, jak to było w przypadku Barton Cooke Stirsta[4]), Charpentiera i naszym V-ym), to już nie domyślać się, lecz twierdzić możemy, że połóg u tych osób przebiega gorzej, niż zwykle.

Zestawiwszy w ten sposób pokrótce zboczenia, jakim ulegać może przebieg ciąży, porodu i połogu pod wpływem guzów jajnika, zastanowić się musimy nad pytaniem, czy naodwrót ciąża, poród i połóg zmieniają w czemkolwiek zwykły przebieg nowotworów jajnika; więc przedewszystkiem, czy nowotwory te rosną prędzej w ciąży, niż poza nią. Co do tego, zdania są podzielone. Większość autorów oświadcza, że tak jest często, ale nie zawsze. Reuter[5]) uważa przyspieszenie się wzrostu guza w ciąży za regułę i przypisuje objawowi temu ważne znaczenie rozpoznawcze, podobnie jak Schröder[6]), Winckel[7]) i inni. Engström[8]) sądzi, że wzrost ten czasem jest uderzająco szybki. Inni, jak Olshausen, Charpentier, Zweifel[9]) wyrażają się o sprawie tej z zastrzeżeniami. Z naszych pacyentek tylko jedna (8) dostrzegła przyspieszenie się wzrostu guza w ciąży; inne albo o nowotworze nic nie wiedziały, albo podają wyraźnie, że od dłuższego czasu jednostajnie szybko się powiększa. Zresztą to przyspieszenie się wzrostu dałoby się łatwo wytłomaczyć poprawą odżywiania wskutek przekrwienia, towarzyszącego ciąży a analogię tego zjawiska znachodzimy w często niezaprzeczenie szybszym wzroście włókniaków i raków macicy u ciężarnych. Że i naodwrót wydarzyć się może t. j. że torbielak rośnie prędzej po za ciążą, tego dowodzi między innymi przypadek Sellsa[10]), w którym dopiero po poronieniu rozpoczął się bardzo szybki wzrost guza.

Drugiem zboczeniem od zwykłego przebiegu torbieli jajnika ma być według Wernicha przemiana ich w nowotwory złośliwe. Aczkolwiek brak nam wszelkich podstaw, ażeby uważać hipotezę tę za nieprawdziwą, to jednak, jak słusznie oświadcza Olshausen, twierdzenie to nie jest bynajmniej udowodnione.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Olshausen l. c.
[2]) Charpentier l. c.
[3]) Reuter l. c.
[4]) Barton Cooke Stirst Annales de gynéc. XXXVII. 1892.
[5]) Reuter l. c.
[6]) Engström l. c.
[7]) Schröder l. c.
[8]) Winckel. Lehrbuch d. Geburtshilfe 1890.
[9]) Zweifel. Lehrbuch d. Geburtshilfe 1892.
[10]) Charles J. Sells. The British medical Journal 1883 p. 1016.

III. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Wskazania pierwotnie przez Dariera podane, poprzedzone ogólną uwagą: *la thérapeutique locale est indiquée toutes les fois qu'il faut agir avec promptitude et intensité* są następujące:

1) Zapalenia sympatyczne.

9) Rany oka zakażone, świeże, dopóki jeszcze ropienie nie wtargnęło zbyt głęboko.

3) Wszelkie przypadki następowego zakażenia po urazach lub operacyach.

4) Wrzody rogówkowe: *Avec le galvanocautère et les injections sous-conjonctivales de sublimé tout ulcère infectieux de la cornée, pris à temps, sera promptement guéri, ce qui n'était pas les cas par les traitements anciens.*

5) Urazowe zapalenie tęczówki i takież zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis traumatica*).

6) Wiele bardzo cierpień dna oka jak: choroby siatkówki, naczyniówki, nerwu wzrokowego. Te ostatnie o tyle, o ile nie przyszło jeszcze do zaniku.

7) W wielu cierpieniach oka na tle ogólnem jako środek pomocniczy i wspierający dzielnie leczenie ogólne.

8) Wreszcie jako środek zapobiegawczy przed operacyą, by uniknąć zakażenia ranki[1]).

Przeciwwskazanie widzi Darier tylko tam, gdzie wessanie wstrzykniętego pod spojówkę sublimatu z jakichkolwiek powodów jest utrudnione lub niemożebne, podając przytem ogólną regułę: *si après dix injections sous-conjonctivales on n'a obtenu aucun résultat, il est le plus souvent inutile de pousser ce traitement plus loin.*

Rozpatrując prace innych autorów w tym przedmiocie, dochodzimy do przekonania, iż te wskazania Dariera muszą niektórym uledz modyfikacyom. I tak:

W przypadkach wrzodów zakażonych rogówki Abadie chwali bardzo sublimat. Już kilka wstrzyknięć wystarcza do powstrzymania sprawy; tylko w przypadkach daleko posuniętych, gdy grozi zropienie większej części lub całej rogówki, należy połączyć je z przyżeganiem.

Podobne zdanie wypowiada Gosetti co do takich przypadków, gdy wrzód nie jest zbyt rozległy, nagromadzenie się ropy w przedniej komórce (*hypopyon*) niezbyt wielkie. Jedna injekcya jest w stanie powstrzymać tu szerzenie się wrzodu, dwie wystarczają do zmniejszenia się *hypopyon* i oczyszczenia dna wrzodu, po czem zazwyczaj nie potrzeba już dalszych wstrzykiwań; poprawa, jakkolwiek zwolna, ale ciągle postępuje.

Przeciwnie w przypadkach wrzodów rozległych, lub gdy ropa wypełnia więcej, niż połowę komórki przodkowej, injekcye są bezskuteczne i uciec się trzeba do innej terapii.

[1]) Behandlung und Prophylaxe der infectiösen Processe nach Staaroperationen. Bericht über die 23. Versamml. der ophthalm. Gesell. Heidelberg 1893.

To zmniejszanie się *hypopyon* przy wrzodach zakażonych zauważyli Peunow,[1]) Secondi, Gepner (syn)[2]), który raz tylko był zmuszonym wykonać paracentezę.

Świetny wynik zapisuje także w tych przypadkach Rumszewicz[3]) u jednego chorego z *ulcus cum hypopyo*, które zajmowało nawet $^2/_3$ przodkowej komórki. Po jednem wstrzyknięciu bóle ustały, *hypopyon* zmniejszyło się a piątego dnia po dwóch dalszych wstrzyknięciach ropa ustąpiła całkiem z przodkowej komórki.

Również i w drugim przypadku (*ulcus perforans cum hypopyo)* także po trzech wstrzyknięciach zniknęła ropa z komórki. Podobnie zgodne wyniki znajdujemy w przypadkach ran zakażonych i wrzodów urazowych rogówki.

Coppezowi udało się powstrzymać w trzech przypadkach zapalenie całego oka (*panophthalmitis*) po urazie a w 2 po operacyi zaćmy.

Co do tego ostatniego punktu twierdził Darier stanowczo na posiedzeniu towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu (w Sierpniu 1893), że w początkach zakażenia ranki po operacyi zaćmy już same wstrzykiwania sublimatu mogą wystarczyć zupełnie, później należy prócz tego stosować jeszcze i inne środki, jak przypalenie ranki i punkcyę przedniej komórki.

Dufour widział także dobry skutek w dwóch przypadkach zakażenia rany pooperacyjnej. U Gepnera w jednym przypadku zakażenia rany rogówkowej już po pierwszem wstrzyknięciu zniknęło *hypopyon* a po kilku dniach ustąpił i naciek z rogówki.

Rumszewicz wspomina o przypadku wrzodu urazowego, w którym *hypopyon*, zwiększające się mimo ciepłych okładów, ustąpiło dopiero po wstrzykiwaniach sublimatu. W innym przypadku Rumszewicza zmniejszyło się *hypopyon* po jednem wstrzyknięciu, dwa zaś wystarczyły do zupełnego wyleczenia w przeciągu dni jedenastu. W innym znów przypadku (*vulnus corneae cum prolapsu iridis et hypopyo)* ustąpiła ropa z przodkowej komórki po dwóch wstrzyknięciach a tylko w trzech przypadkach nie widząc żadnej zmiany w przebiegu cierpienia uciec się musiał do keratotomii Saemischa. Widzimy więc, że pod tym względem panuje między autorami, którzy stósowali injekcye sublimatu pod spojówkę, zupełna zgodność zdań. Okazały się one skutecznemi w przypadkach zakażonych wrzodów rogówki, czy to skutkiem urazu czy w inny sposób powstałych, jako też w przypadkach zakażenia ran rogówkowych, z tem jednak zastrzeżeniem, że je stósowano w okresie, gdy wrzód i *hypopyon* były niezbyt jeszcze rozległe, jakkolwiek jeden przypadek Rumszewicza wyżej przytoczony i w tym razie zakończył się pomyślnie. Odmiennie nieco rzecz się przedstawia w rozlanem zapaleniu miąższowem rogówki (*keratitis parenchymatosa diffusa*).

Abadie np. nie widział skutku w pierwszym okresie choroby, gdy zmiany na rogówce jeszcze postępują, w okresie, w którym, sądząc z góry, powinnyby działać dobrze, *mais dans la période de déclin quand il n'y a plus qu'un reliquat pour ainsi dire indolent, on peut essayer les injections sous-*

[1]) Die subconjunctivalen Sublimatinjectionen in der Augenpraxis. Ref. w *Centralbl. f. Augenheilkunde.* Luty 1894.

[2]) O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. *Medycyna* 1893. Nr. 36, 37, 38.

[3]) O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. *Przegl. lek.* 1864. Nr. 4, 5.

jonctivales. Podkreślam to umyślnie, gdyż w jednym przypadku miałem sposobność zrobić wprost przeciwne spostrzeżenie.

Peunow chwali znów bardzo wstrzykiwania w miąższowem zapaleniu rogówki powstałem na tle kiły twierdząc, że działają tem skuteczniej, im wcześniej zacznie się je stósować. Wogóle należy on do entuzyastów co do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, ale ten zapał jego traci bardzo na wartości, gdy zważymy, że we wszystkich swoich doświadczeniach stósował zawsze równocześnie z wstrzykiwaniami zwykłą miejscową i ogólną, danemu przypadkowi odpowiednią terapię.

Dobre wyniki widzieli też Coppez (po 5 wstrzyknięciach znaczna poprawa wzroku), Vossius i Van Moll; [1]) przeciwnie Gosetti, Gepner i Rumszewicz. Pierwszy, jakkolwiek małe ma doświadczenie, nie sądzi, aby wiele należało spodziewać się po wstrzykiwaniach w zapaleniu miąższowem. W pracy Gepnera znachodzi się ustęp: z siedmiu przypadków (*kerat. parenchym.)*, jakie spostrzegałem dotąd przez czas dłuższy, w żadnym z wyników tych nie byłem zadowolony w zupełności; widoczna była niejaka poprawa szczególniej z początku leczenia, ale w każdym razie nieznaczna. Rumszewicz zaś w trzech przypadkach leczonych wstrzykiwaniami nie dostrzegł najmniejszej różnicy w przebiegu choroby.

Rozmaite znaczenie lecznicze przypisują też różni autorowie wstrzykiwaniom w chorobach tęczówki i naczyniówki.

Darier, jak wspomniałem, uważa je za znacznie lepsze od dotychczas używanych środków w zapaleniu tęczówki tudzież zapaleniu urazowem tęczówki i ciałka rzęskowego, również w świeżych przypadkach zapalenia naczyniówki, zwłaszcza środkowego, gdzie nieraz widział polepszanie się bystrości wzroku i ustępowanie zmian wziernikowych krok za krokiem w miarę wstrzykiwań. W zastarzałych zato przypadkach potrzeba zdaniem jego większej liczby wstrzykiwań: dwudziestu, czterdziestu, nawet sześćdziesięciu, aby uzyskać małe polepszenie i to jeszcze, jeśli wstrzykiwania stósuje się naprzemian z leczeniem ogólnem.

Lagrange [2]) widział zapalenie kilakowe tęczówki *(iritis gummosa)* leczone przez dwa miesiące bez skutku wcieraniami i jodem a wyleczone po dwóch wstrzyknięciach sublimatu pod spojówkę; w przypadku zaś zapalenia tęczówki i naczyniówki (*iridochorioiditis)*, które opierało się dotychczasowemu leczeniu, osiągnął znaczne polepszenie. W jednym tylko przypadku *chorioretinitis ad maculam luteam* nie wywarł sublimat żadnego skutku.

Laqueur w kilku przypadkach chorób naczyniówki, z których niektóre zastarzałe, zauważył, jak już wspomniałem, wyraźne polepszanie się bystrości wzroku.

Van Moll dobre otrzymał wyniki w dziesięciu przypadkach zapalenia tęczówki gośćcowego (*iritis rheumatica*), w czterech zapalenia tęczówki kiłowego (ale obok leczenia ogólnego), w jednym przypadku wiewiórowego *(iritis gonorrhoica)* i w dwóch urazowego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis traumatica*).

Gepner zapisuje pomyślne wyniki w zapaleniu tęczówki samodzielnem *(iritis idiopathica)*, surowiczem *(serosa)*, kilakowem *(gummosa)*, nawet w jednym przypadku ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis suppurativa)*. Tutaj po pierwszem wstrzyknięciu zmniejszyły się objawy zapalne, po drugiem ustąpił naciek z tęczówki a dalszy przebieg przybrał charakter łagodny, uwieńczony pomyślnym w końcu rezultatem. Za to z kilkunastu przypadków zapalenia kiłowego naczyniówki (*chorioideitis syphilitica)*, w których próbował wstrzykiwań, zaledwie w kilku osiągnął nieznaczną poprawę. Z dziewięciu, przypadków myopii z następowemi zmianami w naczyniówce w jednym tylko wystąpiła znaczniejsza poprawa już po trzech injekcyach, w innych mniejsze lub większe, przynajmniej podmiotowe polepszenie, w jednym nie było rezultatu żadnego. Dobre wyniki osiągnął też w rozsianem zapaleniu naczyniówki (*chorioideitis disseminata*) Vossius.

Przeciwnie Abadie ani w *iritis* ani w *iridochoroiditis*, ostrej lub przyostrej, nawet na tle kiły, nie mogąc wstrzykiwaniami uzyskać polepszenia twierdzi: *il faut donc dans tous ces cas là s'abstenir et se contenter du traitement général.* Także w przypadkach *chorioretinitis macularis* lub *sclerochoroiditis posterior* na tle myopii zawiodły go w zupełności wstrzykiwania podspojówkowe, co przypisuje tej okoliczności, że tu przyczyna choroby jest mechaniczną a nie infekcyjną a więc odpada wpływ antyseptyczny sublimatu. Zdaniem jego jest to tak stałem w tych przypadkach, że wstrzykiwania mogą właśnie służyć za środek rozpoznawczy *ex juvantibus,* czy dane zmiany na dnie oka są tylko następstwem myopii czy innej przyczyny. W *chorioretinitis* zaś *chronica*, na tle innem, zwłaszcza ze znaczniejszemi zaćmieniami w ciałku szklanem okazały mu się wstrzykiwania nader skutecznemi, mianowicie w połączeniu z podskórnem wstrzykiwaniem sublimatu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) *Klinische Monatsbl. f. Augenh.* October 1892.

[2]) Recueil d'opht. 1892.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Wicherkiewicz: **Wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniu sympatycznem oka.**

W. opisuje dwa przypadki zapalenia sympatycznego oka, których wyleczenie zawdzięcza injekcyom podspojówkowym sublimatu: W pięć lat po zranieniu oka lewego wystąpiły u robotnika kolejowego objawy typowej *neuroretinitis sympat.* oka drugiego, ze znacznem upośledzeniem bystrości wzroku i koncentrycznem ścieśnieniem pola widzenia. Oko zranione wyłuszczono a nazajutrz wstrzyknięto pod spojówkę oka dotkniętego zapaleniem sympatycznem 2 przedziałki strzykawki Pravaza rozczynu sublimatu 1 : 1000. Po trzech injekcyach polepszył się wzrok tak, że dalej środka tego nie stósowano a po dwóch tygodniach chory opuścił zakład z prawidłową bystrością wzroku ($V = {}^6/_6$); przedmiotowo prócz rozszerzenia kilku naczyń nie można było dostrzedz żadnego śladu przebytego zapalenia. W. odnosi to znakomite polepszenie przeważnie do injekcyj sublimatu, bo to cierpienie ustępuje i po wyłuszczeniu gałki oka pierwotnie chorego, jednakże nie tak szybko, jak w tym razie.

W drugim przypadku miał W. do czynienia z *iridocyclitis traumatica* i również wyłuszczył gałkę zajętą, lecz mimo to w trzy tygodnie później rozwinęła się na oku drugiem *iridocyclitis serosa sympathica.* Ponieważ mimo leczenia zwykłego nie było polepszenia, zastósowano injekcye sublimatu podspojówkowe, pierwotnie co dzień, później co drugi dzień; po pierwszych siedmiu wstrzyknięciach nie zaznaczono polepszenia, dopiero później wzrok polepszył się z $V = {}^6/_{30}$ na $V = {}^6/_9$. Ogółem zrobiono 20 injekcyj, po których chory opuścił klinikę z bystrością ($V = {}^6/_6$) prawidłową. Gepner twierdzi, że jeśli po 2 — 3 injekcyach nie nastąpi polepsze-

nie, to środek ten nie powinien być dalej stosowany. W. zaś zgadza się na to twierdzenie tylko co do powierzchownych zapaleń oka, n. p. ropnych zapaleń rogówki albo ostrych zapaleń tęczówki. Jeśli zaś głębsze części gałki są zajęte, trzeba cierpliwie dalej środek ten stosować. W. używa rozczynu 1 : 1000. Jeśli terapia skierowana jest przeciw głębszym cierpieniom oka, W. robi injekcye do pochewki Tenona. U osób wrażliwych używa rozczynu 1 : 5000 i robi injekcye w tkankę oczodołową, ale w ilości większej, n. p. ¼ część strzykawki Pravaza, podczas gdy zwykle wstrzykuje 1 — 2 — 3 podziałki strzykawki gramowej, na 20 części podzielonej. (*Nowiny lekarskie* 2. 1894.)

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Straus: **O lasecznikach gruźliczych w jamach nosowych człowieka zdrowego.**

Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej, odbytem w dniu 3. b. m. zdał autor sprawę ze swych poszukiwań nad obecnością lasecznikow gruźliczych w nozdrzach osób zdrowych, uczęszczających do izb zamieszkanych przez suchotników. Poszukiwania te robił autor na infirmarzach i infirmarkach szpitalnych, na chorych nie mających gruźlicy a przebywających już dosyć długo w szpitalu, wreszcie na praktykantach szpitalnych. Tak infirmarze jak i lekarze byli zupełnie zdrowi i nie było u nich nawet podejrzenia o gruźlicę.

Zebrany z wszelkiemi ostrożnościami pył, strupy i śluz z nosa owych osób dawał autor do bulionu wyjałowionego lub wody również wyjałowionej i mętny płyn w ten sposób otrzymany wstrzykiwał do otrzewny świnek morskich. Z 29 zwierząt szczepionych w ten sposób treścią nozdrzy równej liczby osób zginęło 7 zaraz w pierwszych dniach na septycemią lub ropne zapalenie otrzewny, 13 nie okazywało żadnych zboczeń chorobowych a u 9 wykazano po 3 do 5 tygodniach po zabiciu lub śmierci naturalnej niewątpliwe zmiany gruźlicze, biorące swój początek z otrzewny.

W ten sposób z 29 osób zdrowych lub przynajmniej nie okazujących żadnego znaku gruźlicy a przebywających krócej lub dłużej w salach szpitalnych wykazano u 9, t. j. prawie u 3-ciej części obecność żywych lasecznikow gruźliczych. Z tych 9 osób było 6 infirmarzy szpitalnych, jeden chory na zboczenie nie mające nic wspólnego z gruźlicą i 2 (z ogólnej liczby 7) lekarzy, praktykantów szpitalnych.

To spostrzeżenie autora przypominające znane badania Villemina, Kocha i Corneta, według których plwociny suchotników są głównymi rozsadnikami gruźlicy, dowodzą, że laseczniki gruźlicze nie tylko znajdują się w izbach zajmowanych przez chorych na gruźlicę, lecz że dostają się i przebywają zachowując swą jadowitość w pełni w nozdrzach osób całkiem zdrowych, znajdujących się krócej lub dłużej w towarzystwie suchotników.

To odkrycie jest bardzo ważne, bo dowodzi naprzód, jak wiele zarodków gruźliczych unosi się w atmosferze, w której są suchotnicy, powtóre zaś pokazuje, że przez wdychanie odbywa się infekcya gruźlicza u człowieka i że pierwszym etapem choroby są drogi oddechowe.

Autor zamyśla rozszerzyć swe badania do osób rozmaitych zajęć i zawodów, osób nie mających ciągłej styczności ze suchotnikami. (*La semaine médicale* 4. Lipca 1894).

R.

Psychiatrya.

Magnan: **Psychozy w przebiegu przewłocznego zatrucia kokainą.**

Na podstawie trzech wzorowych przypadków przewłocznego zatrucia kokainą, wśród którego pojawiły się zboczenia umysłowe, zastanawia się autor nad psychozą kokainową. Cechuje się ona halucynacyami czucia i dotyku. Chorym wydaje się, że pod skórą, na języku i t. d. znajdują się robaki, lub że kokaina wydziela się w tych miejscach w postaci kryształków. Szukając tych robaków i t. d., aby się uwolnić od dolegliwości wrzekomo przez nie wywołanych, chorzy drapią i kaleczą swe ciało. Do tych halucynacyi dołączają się z czasem inne, jak halucynacye wzroku, słuchu i powonienia, które chociaż występują czasem w wielkiej liczbie, nie podniecają jednak chorego tak, jak to bywa w przypadkach psychóz po zatruciu alkoholem lub absyntem. Morfina wywołuje rzadko halucynacye a to tylko u ludzi ze znacznem obciążeniem dziedzicznem.

Prócz halucynacyj spostrzegał autor u ludzi nadużywających kokainy, zniesienie czucia bólu w pewnych częściach ciała i napady toksycznej epilepsyi, która ustawała z chwilą odjęcia choremu kokainy.

Jako cechę dyagnostyczną dla przewłocznego zatrucia kokainą podaje autor halucynacye czucia i dotyku. *(Psychiatr. Vorlesungen von V. Magnan. Deutsch von Möbius VI.* 2. Leipzig 1893). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Kratter: **O śmierci z rażenia prądem elektrycznym.**

Nawiązując do odpowiedniego przypadku, jaki się zdarzył w Inspruku, przedstawił K. na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie wyniki swych doświadczeń na zwierzętach, celem zbadania przyczyn śmierci z rażenia prądem elektrycznym. Robotnik zajęty w stacyi elektrycznej dotknął się wskutek nieostrożności palcem wskazującym lewym metalowego połączenia współśrodkowych kabli przewodzących prąd pierwszorzędny, plecami zaś oparł się o dobry przewodnik elektryczności, mianowicie o sztabę żelazną. Prąd o natężeniu 1600—2000 Wolt przeszył go niemal na wskroś. Przy sekcyi znaleziono obrzęk obustronny płuc wywołany porażeniem serca. To tłómaczyło się zmianami znalezionemi w postaci znacznych wybroczyn wzdłuż stosu kręgowego, w pochewkach nerwów błędnych i na przeponie w miejscu, w którem o nią opiera się serce.

Powstanie tych wybroczyn w wymienionych miejscach tłómaczy K. tem, iż prąd przeskakując z chrząstki pośredniej, położonej między trzonami kręgów, na kość trzonu kręgowego, zatem z jednego ciała na drugie o różnej zdolności przewodzenia, przerywa się, tem samem powiększa swą siłę i swój skutek. Na tej samej zasadzie tłómaczy K. zmiany w postaci rany oparzelinowej na lewym palcu wskazującym, przez który prąd wniknął i rozległy przeczos na skórze pleców w miejscu, w którym prąd opuścił ciało. Na uwagę zasługuje jeszcze spostrzeżenie, iż stężenie pośmiertne było w tym przypadku nadzwyczaj mocne.

Wyniki doświadczeń na zwierzętach wykonanych przez autora, są następujące:

Najczęściej ustaje po rażeniu prądem oddechanie, mimo, iż zwierzę żyje; ginie ono dopiero następowo wskutek uduszenia, czasem jednak oddech wraca i zwierzę jest ocalone. Nawet prądy o natężeniu 1500—2000 Wolt nie zawsze pozbawiały zwierzę życia. Zdaje się, iż prąd zabija tem niepewniej zwierzęta, których mózg jest niżej ustrojony i mniej rozwinięty; tem należy też wytłómaczyć sobie, iż gdy prąd o znacznem natężeniu człowieka zabija natychmiast, królika nie pozbawi życia nawet wtedy, jeśli elektrody zbliży się mu do czaszki. W niektórych doświadczeniach śmierć następowała natychmiast przez ustanie czynności serca w drodze odruchowej (*shock*); ani razu nie powiodło się autorowi sprowadzić śmierci zwierzęcia przez wolne osłabienie serca; to też nie znalazł nigdy przy sekcyi zwierząt obrzęku płuc a więc zmiany wykazanej przy sekcyi owego robotnika. Czasem widział K. mechaniczne obrażenia, jak n. p. przerwanie naczyń krwionośnych opon mózgowych z następowemi krwiakami podoponowemi i międzyoponowemi; wówczas ginęły zwierzęta po upływie kilku godzin w skutek ucisku mózgu.

Rozpoznanie anatomiczne śmierci z rażenia prądem elektrycznym opiera się na wykazaniu właściwych śladów oparzenia w miejscach wejścia i wyjścia prądu i wynaczy-

nień krwi oznaczających drogę, którą prąd obrał sobie w ciele. Wybroczyny te czasem znajdują się jako włosowate w pochewkach naczyń krwionośnych. (*Wiener klin. Wochenschrft.* Nr. 21. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— L. Lewin: O poprawianiu smaku leków i o saturacyach. Najstalszą częścią każdej recepty jest przyprawa (*corrigens*), to jest substancya mająca poprawić zły smak leku. Zapytać się przeto wypada, czy syropy słodkie rzeczywiście poprawiają smak leków? Na to pytanie odpowiedzieć trzeba, że dzieje się to nader rzadko. Zazwyczaj bywa nawet przeciwnie, t. j. zły smak jeszcze się pogarsza, natomiast lek staje się przez dodanie syropu znacznie droższym a nadto i gorszym, jeżeli się zważy, iż wiele syropów mimo największej staranności jest, osobliwie w lecie zepsutych i rozłożonych, czemu aptekarze zaradzają albo przez gotowanie częste albo przez dodanie kwasu salicylowego, co znowu nie może być w żadnym razie rzeczą obojętną. W ten sposób syrop nie tylko, że smaku nie poprawia, ale nawet staje się składnikiem nieraz dla żołądka wprost szkodliwym.

Że substancyj tak nadzwyczaj słodkich jak sacharyna i dulcyna, ale zarazem i we właściwy sobie sposób mocno działających do poprawy smaku leków użyć nie można, rzecz oczywista.

Natomiast nie ulega wątpliwości, że olejki aromatyczne i takież wody, poprawiają do pewnego przynajmniej stopnia smak leku a mianowicie pierwsze proszków, drugie płynów. Z olejków aromatycznych zaleca się przeto jedynie olejek mięty pieprzowej (*oleum menthae piperitae*), z wód zaś aromatycznych jedynie woda miętowa (*aqua menthae piperitae*); baczyć wszakże należy, by te przetwory były dobre, niepodrobione, t. j. żeby olejek zawierał w sobie mentol a woda miętowa była sporządzona według przepisu farmakopei, t. j. przez przepędzenie (destylacyę) liści mięty pieprzowej z wodą.

Wobec tego wszystkiego wolno się zapytać, czy nie ma przecież jakichś substancyj zdolnych rzeczywiście poprawić smak leków, t. j. znieść zupełnie smak ich nieprzyjemny a w ich miejsce dać inny, przyjemniejszy? Otóż takie substancye są a wykryto je w roślinach strefy zwrotnikowej i podzwrotnikowej.

Owoce rośliny sudańskiej *bumelia dulcifica* przemieniają smak gorzki a nawet i kwaśny w słodki. Substancya śluzowata, która stanowi łożysko dla nasion tej rośliny uprawianej w Sierra Leone na wybrzeżu zachodniem Afryki, jest smaku tak słodkiego, iż on gubi wszelkie inne uczucie smaku.

Gymnena silvestre, roślina wijąca się Indyj Wschodnich i Afryki, w sztuce lekarskiej Hindusów oddawna wielką odgrywająca rolę, odznacza się tem, iż znosi czyli jakoby poraża uczucie słodyczy i goryczy. Po zżuciu jednego lub dwóch liści nie czuć na języku cukru, imbier sprawia tylko kłucie a po słodkiej pomarańczy zostaje jedynie smak kwasu. Również nie czuć na języku goryczy chininy. Po jednej lub dwóch godzinach dopiero wraca zmysł smaku.

To osobliwe działanie zawdzięcza *gymnena silvestre* właściwemu kwasowi, stanowiącemu proszek szaro cisawy, w 1% w wodzie a w wyskoku łatwo rozpuszczający się, o smaku cierpkim, kwaskowatym a nieskuteczny całkiem na smak słony, cierpki i kwaśny. Wypłukanie sobie ust roztworem 1% kwasu tego, nieco wyskoku zawierającym, znosi zupełnie zdolność uczuwania goryczy.

W podobny zapewne sposób działa *eriodictyon glutinosum Benth.* w postaci liści, wyciągu płynnego lub właściwego składnika skutecznego, tak zwanego kwasu eryodyktyoninowego, po użyciu którego na język traci się całkiem smak goryczy nawet chininy!

Otóż to są substancye naprawdę smak leków poprawiające, któremi powinnyby się zająć fabryki chemiczne, ale nie syropy nie mające żadnego znaczenia pod tym względem.

Saturacye, dopiero w 18. wieku do terapii wprowadzone, są to płyny, w których węglany rozłożono za pomocą jakiegoś kwasu organicznego. Najwięcej używa się z nich napitku Rywera (*potio Riveri*), t. j. saturacyi z węglanu sodowego i kwasu cytrynowego.

Po co właściwie przepisuje się te saturacye, nie wiadomo. Jeżeli bowiem chodzi o połączenie kwasów organicznych z zasadami nieorganicznemi, n. p. o octan potasowy, to najlepiej wprost przepisać to połączenie; jeżeli zaś chodzi o kwas węglowy, to najlepiej i najtaniej przepisać choremu wodę selterską lub inną jaką podobną. Jeżeliby zaś zależało nie na wolnym, ale na rozpuszczonym w wodzie kwasie węglowym,—to niech chory pije wystałą nieco wodę selterską. Gdy zaś trzeba coś zapisać tylko, *ut aliquid fiat* lub *ut aliquid fieri videatur* lub wreszcie *ut aliquid habeat*, to i na to są sposoby o wiele prostsze, tańsze a dla chorych stokroć przyjemniejsze, niż mdłe saturacye.

Wielki już czas zapatrywać się krytycznie na formy leków i zatrzymując to, co jest dobre, pozbywać się rzeczy niepotrzebnych lub dających się zastąpić lepszemi. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 9. Lipca 1894).

— O działaniu rozmaitych sposobów leczenia rtęcią. Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej, odbytem w dniu 18. Czerwca b. r., toczyły się nad działaniem rozmaitych sposobów używania leczniczego rtęci żywe rozprawy, z których wyjmujemy, co następuje:

Fürbringer zwracając uwagę na poszukiwania Cornila, Virchowa, Kaufmanna, Sängera i innych, z których wypada, że w rtęcicy występuje rozlane zapalenie nerek ze zupełnem prawie zniszczeniem przybłonka i naciekiem znaczną ilością wapna, przekonał się, że ze 100 kiłowych poddanych leczeniu rtęcią a przed tem leczeniem nie mających nic białka w moczu, u 8 pokazuje się białkomocz i to bez względu na sposób zadawania rtęci. Ten białkomocz, który zdaje się, że nie ma związku z ilością wessanej przez ustrój rtęci, łączy się z oddawaniem wałeczków szklistych i komórek okrągłych, coby wskazywało na *glomerulonephritis*. Ta zmiana anatomiczna w nerkach ma jednak przebieg zwykle pomyślny, nawet w przypadkach leczonych długo i wielkiemi dawkami rtęci.

Według G. Meyera znany sposób używania rtęci w kile podany przez Welandera (ob. Nr. 11. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1893) a polegający na prostem pomazywaniu szaruchą bez wcierań jest bardzo skuteczny, nawet skuteczniejszy od wcierań, nad któremi tę ma jeszcze zaletę, iż go można użyć u osób nawet ze skórą bardzo drażliwą. Po zastosowaniu sposobu polecanego przez Sterna a zasadzającego się na wcieraniu co 8 dni po 8 do 10 gramów szaruchy, nie widział M. nigdy zapalenia jamy ustnej.

Fraenkel jest zdania, iż wpływ rtęci na nerki nasuwa pytanie bardzo ważne i praktyczne, czy można zadawać bezkarnie kalomel, jako środek moczopędny u chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek. Otóż F. przekonał się, że kalomel zadawany w takich przypadkach nie tylko powiększał wydzielanie się moczu, nie wpływając szkodliwie na nerki, ale że nawet dawki znaczne tego leku, których potrzeba do działania moczopędnego i które zarazem przeczyszczają, nie wywołują tak łatwo i tak znacznej rtęcicy, jaką widzi się podczas leczenia rtęcią kiły.

Mankiewicz oświadcza, iż według jego spostrzeżeń białkomocz pojawia się przedewszystkiem u tych kiłowych, którzy nadużywali chloranu potasowego (*kali chloricum*) i przytacza przypadek chorego, który w trzech dniach zmarł na ostre zapalenie krwotoczne nerek a używał pomazywania roztworem chloranu potasowego na proste zapalenie gardła.

Według Littena działanie moczopędne kalomelu w zapaleniu nerek zależy od ilości miąższu zdrowego w chorych nerkach. Jeżeli największa część miąższu jest schorzała, chorzy nie znoszą kalomelu a ilość moczu nie powiększa się. Przeciwnie bywa w chorobach nerek następowych, n. p. w przebiegu wad serca; w nich działa kalomel bardzo energicznie moczopędnie i usuwa puchlinę.

Blaschko zwraca uwagę na poszukiwania Petersena w Petersburgu, oparte na bardzo znacznej liczbie przypadków, z których wypada, że białko w moczu występuje przelotnie u 27% a utrzymuje się jakiś czas u 10% kiłowych leczonych rtęcią. Na 634 wstrzykiwań podskórnych salicylanu rtęciowego widział Petersen tylko 5 razy a zatem w 0·8% ślady białka w moczu. Spostrzeżenia te dowodzą nieszkodliwości rtęci jako środka leczniczego w kile i uprawniają do używania dawek dużych w przypadkach ciężkich, jak w kile układu nerwowego, narządu wzrokowego, trzew, w których tylko dawki wielkie mogą przynieść skutek pożądany.

A. Baginsky widział często nadzwyczaj pomyślne skutki w kile wrodzonej u dzieci z bardzo małych dawek sublimatu i podaje, iż w czasie stosunkowo krótkim ustępowały objawy kiły dziedzicznej tak ciężkie, jak porażenia i zapalenia okostny po użyciu wyłącznem kąpieli z 0·50 sublimatu.

Gerhardt oświadcza, iż jest zwolennikiem dawnego już zdania, według którego wcierania szaruchy działają nie tyle przez wessanie przez skórę, ile raczej przez wdychanie par rtęciowych, i dlatego uważa za rzecz obojętną, czy używa się zwykłych wcierań szaruchy, czy też pomazywania zaleconego przez Welandera a na poparcie tego przytacza przypadek, w którym chory z objawami drugorzędnej kiły nie dostał żadnego przetworu rtęci a miał ślady rtęci w moczu, stolce czarniawe i wyzdrowiał zupełnie, przebywając w pokoju małym, w którym zawieszono ręcznik codziennie szaruchą pomazywany, którego chory nawet się nie dotknął.

G. Lewin mimo systematycznego badania moczu nie widział nigdy białka w moczu nawet po wstrzykiwaniu dużych dawek sublimatu; zdaniem jego białko w moczu pojawia się tylko po użyciu nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych w dawce znacznej np. po 10 centygramów i to skutkiem wessania naraz takiej ilości. Chorzy jego leczeni wstrzykiwaniami podskórnemi sublimatu nie dostają nigdy zapalenia jamy ustnej; skoro tylko widać nabrzmienie dziąseł z pewnem uczuciem niedogody podczas żucia, wstrzymuje się wstrzykiwania i tuszuje dziąsła słabym rozczynem azotanu srebrowego. L. nie przypuszcza, by wessanie chloranu potasowego użytego do płukania jamy ustnej mogło wystarczyć do wywołania zapalenia nerek.

— E. Brucker: O stałości rozczynów wodnych sublimatu. Autor badał stałość rozczynów sublimatu w zwykłej wodzie studziennej i w wodzie destylowanej. Z badań tych wypada:

1) Że w zwykłych wodach studziennych, zawierających, jak wiadomo, rozmaite połączenia organiczne i nieorganiczne rozkłada się rychło rozczyn sublimatu a rozkład postępuje dalej pod wpływem światła, powietrza i tak składników już w wodzie znajdujących się, jak i dostałych się do niej z powietrza.

2) Rozkład ten wstrzymuje się lub staje się nieznacznym po usunięciu wpływu światła i powietrza.

3) Rozczyny sublimatu w wodzie destylowanej rozkładają się tylko nieznacznie nawet, jeżeli wystawia się je na działanie światła i powietrza. (*Les Nouveaux Remèdes* 8. Lipca 1894).

— F. Vulliet: O leczeniu nieoperacyjnych przypadków raka macicy zapomocą wstrzykiwań wyskoku bezwodnego. Autor, profesor polikliniki ginekologicznej i położniczej w Genewie, używa już od roku 1891. z dobrym skutkiem wstrzykiwania wyskoku bezwodnego (*alcohol absolutus*) do raka macicy, jeżeli rak tak się rozszerzył, że niepodobna go całkiem usunąć zapomocą histerektomii, jeżeli po histerektomii są podejrzane nacieki, jeżeli po operacyi pojawił się nawrót czyli recydywa lub jeżeli przypadek jest o raka tylko podejrzany.

Sposób operacyjny podany przez autora rozpoczyna się od przemycia pochwy, szyjki macicznej i powierzchni nowotworu rozczynem naprzód sody a następnie 1% sublimatu. Po starannem obsuszeniu watą części zwilżonych i ułożeniu pacyentki w położeniu kolankowo-piersiowem wprowadza się do pochwy wziernik i przezeń robi wstrzykiwania, do czego potrzeba trzech lub czterech strzykawek Pravazowskich napełnionych wyskokiem bezwodnym. Najpierw wstrzykuje się w środek nowotworu. Jeżeli rak jest miękki, trzeba igłę wbić aż do tej głębokości, w której czuje się opór. Jeżeli po ukłuciu pokaże się mały krwotok, czeka się, dopóki nie ustanie i dopiero wtedy wstrzykuje. Na raz wstrzykuje się tylko po 3 do 7 kropel i zostawia strzykawkę na miejscu, poczem wyjmuje się pierwszą strzykawkę, wbija ją w inne miejsce nowotworu i znów zostawia na miejscu. W ten sposób za jednem posiedzeniem robi się od 9 do 12 wstrzykiwań idąc od środka ku obwodowi nowotworu. Ostatnie wstrzykiwania robić należy naokoło nowotworu, w części przynajmniej na pozór zdrowe.

Chore w ogólności wstrzykiwania te znoszą dobrze i mogą po nich odrazu udać się z powrotem do domu. U kobiet bardzo bojaźliwych lub osłabionych trzeba robić na raz jedno tylko lub dwa wstrzykiwania lub robić je przy pomocy chloroformu.

Działanie terapeutyczne wstrzykiwań, o których mowa, polega na zmniejszaniu się i stwardnianiu nowotworu, zabliźnieniu się wrzodów i ustąpieniu całkowicie lub częściowo odchodów cuchnących i krwotoków. W ten sposób wstrzymuje się rozwój nowotworu i przedłuża życie chorym. Jestto zapewne skutek miejscowej niedokrewności wywołanej przez wstrzykiwania. W ten sposób wstrzykiwania wyskoku mają wyższość nad wyskrobywaniem (*curettage*), ścieńczającem nadto ściany macicy i pochwy. W niektórych przypadkach, mianowicie, gdy powierzchnia nowotworu pokryta jest naroślami gąbczastemi, można połączyć wstrzykiwania ze skrobaniem a następnie wypaleniem powierzchni krwawiącej chlorkiem cynku lub termokauterem.

— Nadmanganezan potasowy jako odtrutka przeciw morfinie. Trzy przypadki zatrucia makowcem postrzegane w Stanach Zjednoczonych przez E. Gregga, G. Morelanda i W. Kniga przemawiają za twierdzeniem Moora (por. *Przegląd lekarski* Nr. 12. z r. b.), iż nadmanganezan potasowy jest dzielną odtrutką przeciw morfinie. W jednym z nich chory zażył 75 gramów nastoju makowca, w $3^1/_2$ godziny potem wstrzyknięto mu pod skórę 8 gramów 5% rozczynu nadmanganezanu potasowego, przepłukano żołądek, dano kawę i wzniecono sztuczne oddychanie. Ponieważ stan nie poprawił się, wstrzyknięto mu podskórnie w odstępie 15 minut dwa razy po $^1/_2$ miligrama atropiny, jednak bez skutku. Zrobiono mu więc co 15 do 30 minut jeszcze 5 nowych wstrzykiwań podskórnych po 8 gramów wymienionego rozczynu nadmanganezanu potasowego i uratowano życie. W dwu innych przypadkach otrucie nastąpiło po zażyciu znacznie mniejszej ilości makowca.

— Przeciwko atonii żołądka tak pospolitej u suchotników zaleca Dettweiler:

85) Rp. *Acidi muriatici*
Pepsini germanici
aa 1·00
Chinini muriatici 0·10
Aquae destil. 190.00
Syr. cort. aurantiorum 20·00
MDS. Co 3 godziny zażywać po łyżce stołowej.

— W trądziku pospolitym (*acne vulgaris*) zaleca się obmywanie płynem:

86) Rp. *Sulfuris sublimati* 45·00
Spir. camphorati 120·00
Aquae destil. 8·00

— Od leczenia nawet małych cierpień nie powinien usuwać się lekarz, osobliwie, jeżeli dobrą radą może ochronić swych pacyentów od kroków nieraz bardzo niebezpiecznych. W tej mierze do usuwania odcisków zaleca się przepis podany pierwotnie przez Morrisona:

87) Rp. *Mercurii sublimat corr.* 0·30
Acidi salicylici 4·00
Collodii 30·00

Płynem tym pomazuje się codziennie odcisk oddzieliwszy przedtem strup powierzchowny, powstały z poprzedniego pomazania. To leczenie tak zmiękcza odciski, iż je można oddalić bardzo łatwo, poczem opatruje się przeciwgnilnie małą rankę po usunieniu odciska pozostałą. (*La médecine moderne*. 14. Lipca 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 2. Maja 1894 r.
(w sali wykładowej chemii ogólnej).

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 62.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący przedstawił obecnych na posiedzeniu gości: Dra Singera z Krakowa i Dra Głuchowskiego z Rabki.

3) Kol. Jaworski miał zapowiedziany wykład o prześwietlaniu jam ustroju z demonstracyami na chorych z kliniki prof. Korczyńskiego.

Przed laty dziesięciu okazywał prof. Mikulicz w naszem Towarzystwie przyrząd zwany wziernikiem żołądkowym (gastroskopem), składający się z lampki elektrycznej i zwierciadełek umieszczonych w rurze metalowej. Za pomocą tego przyrządu można było widzieć ograniczone miejsca błony śluzowej żołądka. Sposób badania, który zamierzam teraz przedstawić, jest od wziernikowania zupełnie różny, gdyż pośredni. Podaje on bowiem tylko rzuty niektórych narządów na powłoki zewnętrzne w postaci ograniczonego światła, podobnego do żaru czerwonego. Pomysł prześwietlania żołądka powstał już wtedy, gdy Voltolini prześwietlił jamę ustną i krtań i użył tego sposobu badania do rozpoznawania otoku ropnego (*empyema*) jamy Highmora. Pierwszy prześwietlił żołądek na człowieku Maksymilian Einhorn w Nowym Jorku w r. 1889, poczem sprawa na parę lat ucichła, aż dopiero nasi koledzy warszawscy Heryng i Reichman tą sprawą zajęli się szczegółowo i ogłosili w r. 1892 swoje w tej mierze doświadczenia; przeszłego roku zaś przedstawił L. Kutner w Towarzystwie lekarskiem berlińskiem rezultaty prześwietlania żołądka na 72 osobach żywych i 15 zwłokach.

Przyrząd, którego ja tu używam do prześwietlania żołądka, jest to zwykły, miękki zgłębnik żołądkowy, na którego końcu znajduje się lampka Edisona o napięciu 8 wolt. Lampka łączy się za pośrednictwem ukrytych drutów z akumulatorami nabitymi za pomocą machiny dynamoelektrycznej. Na lampkę ścieka od górnego końca zgłębnika prąd wody zimnej w celu jej chłodzenia. Cały ten przyrząd zwany diafanoskopem wprowadza się do żołądka zupełnie tak, jak zwykły zgłębnik miękki.

Naprzód okażę, jak wygląda prześwietlona jama ustna a względnie policzki i sąsiednie części kostne. (Demonstracya). Teraz wprowadzę diafanoskop do żołądka. (Demonstracya). Tu przedstawia się rzut dolnej części żołądka na powłokach brzusznych. Po prawej stronie widzimy dokładnie zarysowany dolny brzeg wątroby; na dole uwydatnia się cała krzywizna duża sięgając nawet nieco poniżej pępka; ku górze gubi się prześwietlony obszar półksiężycowy Traubego, przyczem międzyżebrza więcej się okazują prześwietlone, niż żebra. Oprócz tego widzimy na dwa palce szeroką smugę, która odpowiada położeniu lewego mięśnia prostego brzusznego a ostatecznie siecie naczyniowe, jakby nastrzykane.

W przypadku tym wlano litr wody do żołądka przed wprowadzeniem diafanoskopu.

U następnej osoby wprowadzę przyrząd do próżnego żołądka bez użycia wody. (Demonstracya). Tu widzimy tylko miejsca ograniczone, czerwono przeświecające, które zmieniają się w miarę, jak przyrząd podwyższam lub obniżam.

W dalszym przypadku wprowadzę wprzód powietrze do żołądka; by go rozdąć, podaję znany proszek burzący. (Demonstracya). Tu odgraniczenia nie okazują się tak wybitnie, jak za użyciem wody; natomiast obszar półksiężycowy Traubego przedstawia się teraz wyraźniej a całe dno żołądka daje się lepiej uwidocznić, niż za użyciem wody.

Jeszcze jednego przypadku użyję w tym celu, aby z jednej strony przedstawić rozszerzanie się żołądka przez stopniowe doprowadzanie wody, z drugiej wpływ przesuwania diafanoskopu w żołądku. Tu więc wprowadzę przyrząd do próżnego żołądka i powoli wpuszczać będę wodę przez zgłębnik. (Demonstracya). Okazuje się z tego przypadku, że przy pomocy wody dają się rozmiary żołądka prześwietlić najwyraźniej.

Ostatni przypadek zainteresuje może z tego powodu, że go już tu dwa razy przedstawiono. Jest to kobieta, u której prof. Rydygier wykonał gastroenterostomię, gdyż guza z powodu zrostów nie mógł wyłuszczyć. (Demonstracya).

Z tego, co dotąd ogłoszono o prześwietlaniu żołądka i z tego, co tu widzieliśmy, musimy nabrać przekonania, że prześwietlanie żołądka jest sposobem dyagnostycznym, mającym pewne znaczenie. W każdym razie przedstawia się ono czemś więcej, niż „elegancką zabawką“.

a) Już Heryng i Reichman dostrzegli, że dolny brzeg wątroby da się dokładniej oznaczyć przez prześwietlanie, niż za pomocą dotychczasowych sposobów badania fizycznego. Ja zaś sądzę, że najważniejsze usługi może tu oddać prześwietlenie w przypadkach, w których brzegi wątroby przedstawiają nierówności z przyczyny guzów, albo jeżeli brzeg wątroby jest mocno ścieńczały, jak w marskości zanikowej.

b) Dolna granica żołądka rysuje się podczas prześwietlania wyraźnie i można ją też oznaczyć dokładniej, niż wypukiem, zwłaszcza jeżeli zważymy, że prześwietlamy w postawie stojącej, najodpowiedniejszej dla naturalnego położenia żołądka, opukiwanie zaś lub wywołanie pluskania najdogodniejsze jest w pozycyi leżącej. Zwykle też oznaczamy dotychczasowymi sposobami granicę żołądka nieco wyżej, niż za pomocą prześwietlania. Należy jednak według L. Kutnera mieć się na baczności, aby przytykające do żołądka jelita nie brać za przynależne do niego, gdyż podczas wydęcia mogą być i one równocześnie prześwietlone.

Nasuwa się jeszcze jedna uwaga co do dolnej granicy żołądka. Piorry a zwłaszcza Rosenbach kładą na to szczególny nacisk, że napięcie prawidłowego żołądka różni się tem od niedowładnego (atonicznego), że przez wlewanie coraz większych ilości płynu do żołądka prawidłowego jego granica dolna poniżej pępka obniżyć się nie daje, do czego jednak łatwo przychodzi w niedowładzie; ja zaś widziałem w przypadkach przez siebie prześwietlanych, że dolna granica żołądka po wlaniu $^1/_2$—1 litra wody obniżała się zawsze poniżej pępka.

Muszę jeszcze zwrócić na to uwagę, że żołądek, swą krzywizną małą do przepony przylegający za ruchami oddechowymi obniża się ku dołowi, mniej wszakże niż wątroba. Do niedawna jeszcze uważali klinicy za pewnik rozpoznawczy, że guzy żołądka nie szły za ruchami oddechowymi.

c) Prześwietlanie żołądka jest najpewniejszym środkiem odróżnienia zwiśnięcia żołądka (*gastroptosis*) od rozstrzeni, na co już M. Einhorn szczegółowo zwrócił uwagę. Gdy w rozstrzeni żołądka wcale nie możemy prześwietlić krzywizny małej, gdyż pokrywa ją wątroba, to w wybitnej *gastroptosis* widać ją prześwietloną w dołku podsercowym. A również ważnym jest objaw, na który L. Kutner zwrócił uwagę, że w przypadkach gastroptozy dolna granica żołądka nie obniża się wcale za ruchami oddechowymi, jak to widzieć można w rozstrzeni.

d) Guzy na przedniej ścianie żołądka stanowią zgrubienia, które podczas prześwietlania przedstawiają miejsca mniej lub więcej ściemnione na tle jaśniejszem. Tak samo rysują się i guzy otrzewnej lub sieci znajdujące się w obszarze prześwietlonym żołądka. Możemy przeto uwidocznić guzy w żołądku lub nad żołądkiem za pomocą prześwietlania, coby było pożądanem w celach operacyjnych, lecz w tej mierze są pewne a ważne zastrzeżenia. I tak podaje L. Kutner, że dopiero zgrubienia ściany żołądka wynoszące 1·5 cm. dają widoczne ściemnienia. Nadto wiemy z doświadczenia, że największa liczba guzów żołądka sadowi się w części odźwiernikowej, której nie można prześwietlić.

e) Co się dotyczy prześwietlania półksiężycowego obszaru Traubego, to jest ono o wiele mniej wyraźne, niż prześwietlanie dolnej granicy. Natomiast dobrze można oznaczyć przedni brzeg powiększonej śledziony; w tym wszakże razie i nasze dotychczasowe sposoby badania śledziony dają również ścisłe wyniki. (Sprawozdanie własne).

4) Kol. Szymonowicz zastanowił się pokrótce nad budową histologiczną zębów i przedstawił szereg preparatów mikroskopowych, pięknie zabarwionych sposobem Zimmermanna.

5) Kol. Korczyński Ludomił miał odczyt p. t.: Przyczynek do etyologii wad sercowych, który ukaże się w całości w *Przeglądzie lek.*

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Jedną z cech ważniejszych Zjazdu rzymskiego stanowiła mnogość posiedzeń ogólnych, cecha niewątpliwie korzystna, którą położyć należy na szali „uczynków dobrych“ Zjazdu. Nie da się zaprzeczyć, że w ogólnej sumie wartości naukowej Zjazdów posiedzenia ogólne mają i powinny zajmować jedno z pierwszych miejsc, tworząc ten tak pożądany dla lekarzy czynnik ogólnie kształcący. Ażeby więc odpowiedziały swemu zadaniu i posiadały istotnie tę siłę przyciągającą, muszą przedewszystkiem odznaczać się treścią wybranych odczytów. Pod tym względem nie można nic zarzucić Komitetowi Zjazdowemu; zarówno szereg nazwisk znanych w różnych gałęziach nauk lekarskich, jak i tematy stanowiące treść wykładów powinny były zapewnić posiedzeniom ogólnym najzupełniejsze powodzenie, gdyby ..... Otóż tu właśnie było to „gdyby“, stanowiące winę Komitetu i to winę podwójną. Po pierwsze, zamiast wyszukać jakąś wielką salę koncertową lub teatralną, mogącą pomieścić parę tysięcy ludzi, zbudowano na *via Genova* w Eldorado, pierwotnem siedlisku biur kongresowych, osobną salę w stylu teatralnym o jednem piętrze lóż, w której mogło się zmieścić najwięcej do 400 osób, gdy, licząc nawet, że tylko $^1/_4$ uczestników Zjazdu zechce odwiedzać posiedzenia ogólne, należało zrobić miejsce przynajmniej dla 2000. Skutków tego łatwo się domyślić: na pierwszem posiedzeniu ścisk, hałas, gniecenie się, w następstwie niezadowolenie, zniechęcenie, wymyślanie na Zjazd i ..... pustki na następnych posiedzeniach. To więc był grzech Komitetu, stósujący się do miejsca; drugi tyczył się czasu. Jeżeli w ogóle trzeba było dosyć siły woli, aby przynajmniej w ciągu godzin rannych i popołudniowych oprzeć się pokusie porzucenia całego Zjazdu i zwiedzania tych nieprzebranych skarbów wiekowych zdobyczy ducha ludzkiego, czemu nie wszyscy oprzeć się zdołali, to trudno już żądać, aby ten ascetyzm estetyczny na korzyść nauki sięgał aż do godziny 6-tej wieczór, gdyż o tej godzinie kończyły się posiedzenia ogólne, rozpoczynające się o 4-tej po południu.

Dlatego też, zdaniem mojem, właściwy był w tym względzie rozkład zajęć na Zjeździe berlińskim, gdzie posiedzenia ogólne odbywały się zawsze w godzinach przedpołudniowych. Nie wychodzi to bynajmniej na niekorzyść posiedzeń sekcyjnych, które odbywają się po południu w te dnie, kiedy odbywa się posiedzenie ogólne a daje możność wszystkim brania z korzyścią w tych ostatnich udziału.

Pierwsze posiedzenie ogólne odbyło się w piątek dnia 30. Marca. W wilię tego dnia, we czwartek, w dniu otwarcia Zjazdu po południu, zebrano się poraz pierwszy w gmachach budującego się *Policlinico Umberto I.* w celu zorganizowania sekcyj, których utworzono aż 19-cie. Przewodniczącymi każdej z nich byli Włosi; na prezesów honorowych powybierano gości ze wszystkich krajów. I kilku Polakom godność ta przypadła w udziale. W porządku liczbowym sekcye przedstawiały się tak: 1) A n a t o m i a, przewodniczący Todoro, prezesi honorowi: His, Waldeyer, Richet, Stieda, Debierre, Roux, Benedikt, Laskowski, Cunningham, Ramon y Cajal, Hauben, Romiti. 2) F i z y o l o g i a, przewodniczący: Kronecker, prezesi: Chauveau, Cybulski, Danilewskij, Drechsel, Forster, Gaule, Heidenhain, Holmgren, Richet, Sanderson. 3) A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a i p a t o l o g i a o g ó l n a, przewodniczący: Bizzozero, prezesi: Virchow, Cornil, Chiari, Salomonsen. 4) F a r m a k o l o g i a, przewodniczący: Semmola, prezesi: Binz, Dujardin-Beaumetz, Lauder-Brunton, Nothnagel, Petresco, Stockvis. 5) M e d y c y n a w e w n ę t r z n a, przewodniczący: Baccelli, prezesi: Bouchard, Crocq, Da Rocha, Drechsfeld, Gerhardt, Stewart, Herrero Sanchez, Lépine, Lewaszew, Pepper, Sahli, Stokvis, Ziemssen. 6) P e d y a t r y a, przewodniczący: Blasi. 7) P s y c h i a t r y a, N e u r o p a t o l o g i a i A n t r o p o l o g i a k r y m i n a l n a, przewodniczący: Lombroso, w liczbie prezesów honorowych: R o t h e z Warszawy. 8) C h i r u r g i a, przewodniczący: Durante, prezesi: Spencer Wells, Mac-Cormac, Stokes, Mac-Ewen, König, Mikulicz, Ollier, Péan, Championnière, Lorenz, Lavista, Rossander, Kocher, Murphy, Sklifassowskij, Pawłowskij. 9) A k u s z e r y a i G i n e k o l o g i a, przewodniczący: Pasquali. 10) L a r y n g o l o g i a, przewodniczący: Massei, pomiędzy prezesami: H e r y n g i S o k o ł o w s k i z Warszawy. 11) O t y a t r y a, de Rossi. 12) M e d y c y n a w o j e n n a, Cipolla. 13) H i g i e n a, Pagliani. 14) S y f i l i d o l o g i a i D e r m a t o l o g i a, de Amicis. 15) M e d y c y n a s ą d o w a, de Crecchio. 16) H i d r o l o g i a i k l i m a t o l o g i a, Vinaj. 17) O k u l i s t y k a, Reymond. 18) O d o n t o l o g i a, Couilliaux i 19) I n ż y n i e r y a, s a n i t a r n a, Betocchi.

Od piątku rano rozpoczęły prace swe oddzielne sekcye, mieszcząc się w budynkach polikliniki, znakomicie się do tego nadających, dokąd także z chwilą rozpoczęcia posiedzeń przeniesiono wszystkie biura. Każda sekcya miała swą salę wykładową, nadto wiele z nich miało boczne pokoje do demonstracyi chorych, narzędzi lub preparatów. W pawilonie chirurgicznym znajdowały się także biura niektórych komitetów narodowych, w tej liczbie i polskiego, który pod niezmordowanem kierownictwem prof. Cybulskiego był punktem ogniskowym dla wszystkich lekarzy Polaków, biorących udział w Zjeździe. To też co dzień w południe ciasno było w małej salce naszego biura, gdzie wzajemnie spotykano się, poznawano, witano i układano projekty wspólnego przepędzenia czasu wśród piękności Wiecznego Miasta. Ogółem wszystkich Polaków było 70, zebranych z różnych krajów Europy i Azyi, poczynając od zachodnich części Szwajcaryi aż do granic środkowej Syberyi. Najliczniej reprezentowaną była Warszawa i Królestwo, dalej Kraków, Lwów, Poznań, wreszcie inne miasta.

Co się tyczy udziału Polaków w pracach sekcyjnych, to zaznaczył się on paru dziesiątkami odczytów. A mianowicie: B a r ą c z mówił o wykluczaniu jelit i użyciu metody Senna w chirurgii jelit, prof. B u j w i d *a)* o metodzie Pasteura przeciw wściekliźnie i o zmianach w komórkach nerwowych w tej chorobie, *b)* o filtrach, prof. C y b u l s k i: mikrokalorymetr, prof. C y b u l s k i i Z a n i e t o w s k i: Nowy przyrząd do drażnienia nerwów i mięśni, prof. C y b u l s k i i B e c k: Zjawiska elektryczne w korze mózgowej małp i psów, prof. G l u z i ń s k i: Przyczynek do sprawy krwotoków płucnych, H e r y n g: *a)* O leczeniu gruźlicy krtani, *b)* o wstrzykiwaniu płynów barwnych do płuc, prof. K o-

siński: Wyniki 800 laparatomij, wykonanych w klinice chirurgicznej w Warszawie, prof. Laskowski: Demonstracya własnego atlasu anatomicznego, prof. Mars: Demonstracya atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych, Mayzel: O znaczeniu kwasu moczowego, Malinowski: O zakażeniu mięszanem u dzieci, Przedborski: O skurczu histerycznym krtani, Rothe: Przyczynek do historyi psychiatryi w Polsce i Rosyi, Sędziak: O etyologii mieszkowego zapalenia gardła, *angina follicularis*. Sokołowski: *laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica*, Stankiewicz: *a)* O ranach postrzałowych pęcherza, *b)* przypadek mięsaka pęcherza, Tymowski: O zastosowaniu elektrolizy w laryngologii, Watraszewski: O działaniu rtęci w kile utajonej, prof. Wicherkiewicz: *a)* O wrodzonych wadach dróg łzowych, *b)* o nowym przyrządzie do mierzenia gałki ocznej i oczodołu; nadto Dr. Dobrzycki z Warszawy wniósł na osobnem posiedzeniu, by urządzić na przyszłych Zjazdach międzynarodowych oddzielną sekcyę dla prasy lekarskiej, co po dyskusyi przyjęto w zasadzie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Dmochowski: O znaczeniu acetonu w moczu.

Dr. Szumlański: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej.

Dr. Wachtel: O leczeniu chorób przewodu pokarmowego u dzieci za pomocą przepłukiwań żołądka i jelit.

Tenże: Influenca w wieku dziecięcym.

Tenże: Zapalenie opon mózgowych i rdzeniowych u dzieci.

— Z uwagi na wielkie usługi, jakie wymiarowi sprawiedliwości przez wykrywanie zbrodniarzy oddaje we Francyi udoskonalona przez Bertillona antropometrya, polecił minister spraw wewnętrznych w Anglii zaprowadzić antropometryą w Londynie i głównych miastach prowincyonalnych.

— O stosunkach sanitarnych na Wschodzie między pielgrzymami mahometańskimi dają nam najlepsze wyobrażenie cyfry. Z pielgrzymów, którzy udali się w roku zeszłym do Mekki, umarło na cholerę 59% a mianowicie w miejscach świętych Arabii 30%, podczas pobytu w Dżeddah 17%, podczas przeprawy do El-Tor 4%, w kwarantannie w El-Tor 7%, w kwarantannie w Klazomene 1%. O jaką zaś w tem rozchodzi się liczbę zmarłych, można nabrać pojęcia, jeżeli się uwzględni, że samą drogą morską przybyło pielgrzymów 94.385 a mianowicie z Egiptu 16.325, z Algeryi 15.711, z Indyj angielskich 20.937, z Indyj holenderskich 13.856, ze Sudanu 9.675, z Persyi 2.644, z Rosyi 1.640, z Turcyi 13.477 i z Bośnii 120.

— Wiadomo oddawna, że śmiertelność u Izraelitów jest znacznie mniejsza, niż u Chrześcian; tyczy się to osobliwie dzieci. I tak według statystyki zestawionej przez Uffelmanna w Wielkiem Księstwie Badeńskiem umiera przed ukończeniem pierwszego roku życia na 1000 dzieci chrześciańskich 270, na 1000 izraelickich zaś 184. W Erfurcie na 1000 dzieci chrześciańskich umiera przed ukończeniem 4. roku życia 409, z izraelickich zaś tylko 198. W Monachium wynosi śmiertelność na 100 u katolików 41, u ewanielików 27, u Izraelitów tylko 15 do 16.

Uffelmann sądzi, że ta mniejsza śmiertelność dzieci u Izraelitów nie pochodzi z większej żywotności rasy, ale ma swe źródło w staranniejszem u Izraelitów wypełnianiu przez matki obowiązków macierzyńskich, mniejszej liczbie dzieci nieprawych i opuszczonych, wreszcie wcześniejszem wzywaniu pomocy lekarskiej.

— Do jak wielkiego rozwoju doszły dentystyka i używanie sztucznych zębów w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, świadczy okoliczność, iż jedna tylko fabryka w Nowym Jorku sprzedała w roku zeszłym 8.000.000 zębów sztucznych, których cały wyrób oceniają na 20 milionów sztuk.

Zęby sztuczne wyrabia się ze zmełtych na pył kaolinu, feldspatu i kryształu górskiego, które po zmięszaniu i stosownem zarobieniu tworzą rodzaj ciasta, które poddaje się działaniu wysokiego stopnia ciepła w osobnych piecach. Zęby w ten sposób sporządzone powleka się bardzo delikatną emalią, nadającą zębom sztucznym zupełnie wejrzenie naturalnych. Dla lepszego złudzenia wyrabiają niektórzy fabrykanci zęby sztuczne nawet z pewnemi brakami!

Mimo tego, że cena zębów sztucznych jest bardzo umiarkowana, bo wynosi od $1\frac{1}{2}$ do 2 franków za sztukę, używają dentyści amerykańscy bardzo wiele złota do naprawy zębów zepsutych a niejaki Nansouty oblicza ilość złota spotrzebowanego rocznie w celach dentystycznych w Stanach Zjednoczonych na 800 kilogramów w wartości $2\frac{1}{2}$ miliona franków.

Ponieważ owo złoto w szczękach ludzkich po śmierci właściciel idzie do ziemi, przeto ów statystyk przypuszczając, iż tak dalej używać się będzie złota, oblicza, że po 3 wiekach znajdzie się w ziemi złota za 750 milionów franków czyli ilość równająca się kursującej obecnie w postaci pieniędzy w Stanach Zjednoczonych.

— W archiwum Towarzystwa drogi żelaznej w Norymberdze, pierwej w Niemczech, przechowują protest bawarskiego kolegium lekarskiego, w którem znajduje się ustęp:

Jazda wozami ciągnionemi przez lokomotywę powinna być zakazana w interesie zdrowia publicznego, ruch bowiem szybki wywoła u jadących chorobę umysłową w postaci obłędu ze szałem. Nawet gdyby podróżni przystali na to niebezpieczeństwo, winien rząd bronić przed niem publiczności. Samo patrzenie się na lokomotywę pędzącą z tak wielką chyżością, może wywołać zboczenie w mózgu i dlatego jest rzeczą konieczną otoczyć kolej żelazną z obydwóch stron płotem mającym 3 metry wysokości.

— Otyatra filadelfijski, Dr. Turnbull zwraca uwagę na pewne niebezpieczeństwa dla narządu słuchowego z nieostrożnego używania kąpieli morskich i wywodzi z nich wiele przypadków nie tylko zatkania się uszu woskowiną, ale i zapalenia przewodów słuchowych zewnętrznych z następowem zapaleniem i przedziurawieniem błony bębenkowej. Do powyższych, całkiem słusznych uwag amerykańskiego kolegi możemy dodać, że i u nas zwykłe kąpiele rzeczne nie rzadko są przyczyną dolegliwości wyżej wspomnionych i dlatego zaleca się bardzo używać kąpieli rzecznych zatkawszy przewody słuchowe gałeczką waty napojonej jakim czystym tłuszczem. Szczególniej powinny to robić osoby, które przebyły już choroby uszne, osobliwie zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego lub dotknięte są tak pospolitym jego wypryskiem (*eczema*).

— Z kilkoletnich, codziennych pomiarów temperatury morza, robionych przez szkockie Towarzystwo meteorologiczne wypada, że wysoka ciepłota powietrza w lecie udziela się wodzie morskiej tylko powoli i stopniowo tak, że morze bywa najcieplejsze a zarazem cieplejsze od powietrza atmosferycznego w końcu Sierpnia. Z tem powolnem ogrzewaniem się morza zostaje w zgodzie również powolne jego oziębianie się tak, że średnia temperatura wody morskiej jest w Listopadzie o 6 a w Grudniu o 7 stopni wyższą od temperatury powietrza atmosferycznego. W końcu Października ma morze temperaturę taką samą, jak w połowie Czerwca. Czas więc między temi dwiema datami uważać trzeba za najodpowiedniejszy do kąpania się w morzu. Bezpieczniej też kąpać się w dniach nawet zimnych w połowie jesieni, niż podczas pierwszych upałów letnich.

— W Bułgaryi liczba lekarzy z 95 w roku 1879 doszła w końcu roku 1893 do 283, z których tylko 63 praktykuje wyłącznie na własną rękę; reszta piastuje posady gminne lub rządowe, cywilne i wojskowe. Na 75 okręgów, z których składa się kraj, 13 z ludnością 400.000 nie ma żadnego wcale lekarza. Lekarze chcący praktykować w Bułgaryi obowiązani są zdawać egzamin przed właściwą komisyą.

— Jakiem uznaniem za granicą cieszą się wydziały lekarskie uniwersytetów cesarstwa niemieckiego, dowodzą najlepiej cyfry odnoszące się do liczby słuchaczy w bieżącem półroczu. Do 20 wydziałów

uczęszczało razem 8.012 uczniów, między którymi było 3.507 cudzoziemców. Najwięcej uczniów medycyny było w Monachium (1211), najmniej (120) w Roztoce. Cudzoziemców było najwięcej (bo 716) w Monachium, najmniej (8) we Wrocławiu, chociaż położonym tak blisko granic państwa niemieckiego. Stósunkowo do krajowców (21%) było najwięcej cudzoziemców (79%) w Wircburgu, najmniej we Wrocławiu (krajowców 97·3% cudzoziemców 2·7%).

— Według dat urzędowych było 1. Stycznia r. b. w Anglii 92.057 obłąkanych, w porównaniu do roku poprzedniego o 2.245 więcej. To zwiększenie się liczby obłąkanych jest ogólne w całym kraju, lecz występuje przedewszystkiem w Londynie, gdzie jest obecnie o 800 obłąkanych więcej, niż w roku zeszłym.

— Francuzka izba deputowanych przyjęła tymi dniami projekt do prawa nakładającego kary na kupców sprzedających wina roztworzone wodą lub zaprawione wyskokiem nawet wtedy, gdyby to zarobienie było wiadome kupującemu lub konsumentowi.

— W dniu 19. Czerwca r. b. oddano do użytku publicznego w Tunisie zakład do szczepienia wścieklizny sposobem Pasteurowskim, założony z inicyatywy rządu francuskiego. Dyrektorem jest Dr. Loir, uczeń i siostrzeniec Pasteura.

— Kongres anatomiczny zbierze się w Bazylei w dniach od 17. do 19. Kwietnia w r. 1895.

— Sprawa szerzenia się kiły w armii angielskiej w Indyach Wschodnich była temi dniami przedmiotem żywych rozpraw w parlamencie angielskim. Wiadomo, iż pod wpływem nacisku ze strony opinii publicznej rząd angielski zniósł przed kilkunastu laty tak zwane *Contagions Diseases Acts*, regulujące prostytucyę w niektórych miastach Anglii i osad mających stałe załogi. Skutki tego kroku pokazały się w niedługim czasie. Gdy w roku 1871., przed zniesieniem owych ustaw liczba zgłaszających się do szpitali z objawami kiły drugorzędnej wynosiła 21·2‰ stanu czynnego armii, liczby te w trzech latach ostatnich wzrosły do 33, 35 i 37‰. Z porównania roku 1879 (poprzedzającego zniesienie wymienionych ustaw) z rokiem 1892., okazuje się wzrost kiły na Malcie od 6‰ do 18·6‰, w Indyach zachodnich od 3·9 do 48·3, w Afryce południowej od 19·1 do 68·5, w Chinach od 11·4 do 58·4, w Bengalu od 21·8 do 55·1, w Madrasie od 25·3 do 74, w Bombaju od 22·8 do 50·4. Poważne koła angielskie tak parlamentarne jak i lekarskie widzą w tem szerzeniu się kiły wielkie niebezpieczeństwo nietylko dla samejże armii, ale i dla ludności cywilnej, nie tają jednak przed sobą trudności poprawy złego wobec opinii publicznej, nieprzychylnej wszelkim regulaminom, odnoszącym się do uporządkowania a raczej uczynienia mniej szkodliwą prostytucyi.

— Z rocznika statystycznego miasta Berlina za rok 1891 wyjmujemy następujące daty: Umarło 17649 mężczyzn i 15743 kobiet, co odpowiada 20·82 na 1000. Najwięcej (3652) osób umarło w Grudniu. W pierwszym roku życia umarło na 1000 dzieci 275·3 a mianowicie ślubnych 245·4, nieślubnych zaś 505·2. Najwięcej (4444) osób umarło na suchoty, następnie na ostry nieżyt żołądka i jelit 2640, z których 2612 przypada na dzieci w pierwszych dwóch latach życia. Cała konsumcya wody wynosiła 36379745 m³ czyli 62·27 litra na dobę i głowę. Na głowę skonsumowano: mięsa 69·01 kilogramów, ryb 16·86 kilogr., piwa 189·96 litrów, wina 9·87, kawy, herbaty i kakao 4·01 kilogr. Miejski zakład desinfekcyjny był czynny w 7210 przypadkach. Pod kontrolą policyjno-lekarską było 4364 kobiet, z których oddano do szpitala z przyczyny kiły 2074, świerzbu 90. W wojsku dostało kiły 750 osób.

— (P. A.) W forcie Wayne w Stanie Indiana Półn. Ameryki zachorowało 30 osób na zatrucie krwi z powodu zaszczepienia im niezdrowej limfy ospowej a kilka z nich zmarło. Wina spada głównie na władze za to, że nie kontrolują limfy oraz na jej dostawców a po części i na lekarzy szczepiących.

— **Nekrologia**. Zmarli: W Perchtoldsdorf pod Wiedniem w 83. r. życia b. profesor anatomii w uniwersytecie wiedeńskim Dr. Józef Hyrtl, słynny anatom, znakomity nauczyciel, znawca języków klasycznych, wielki dobrodziej gminy perchtoldsdorfskiej, w której zamieszkał po przejściu na emeryturę i w której wybudował własnym kosztem kościół tudzież zakład na cele dobroczynne. — W Skałacie lekarz powiatowy, Dr. Feliks Najdło w 42. roku życia na dur osutkowy, którego nabawił się niosąc pomoc chorym — obywatel powszechnym otaczany szacunkiem. — W Nowogrodzie pomocnik inspektora gubernialnego urzędu lekarskiego Dr. Michał Wiszniewski w 50. roku życia.

Redakcya otrzymała:

A. Elsenberg: Leczenie wilka parachlorofenolem. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Tenże. Ueber die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorophenol. (Odbitka z *Archiv für Dermatologie und Syphilis*).

Jan Wiesław Radwański: Szkic statystyczny aptek w Austro-Węgrzech ze szczególniejszem uwzględnieniem Galicyi. Lwów 1894.

H. Higier: Polyneuritis et polioencephalomyelitis anterior. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Tenże: Beitrag zur hysterischen Apoplexie. (Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift*).

Tenże: Dystrophia musculorum progressiva. (Odbitka z *Bibliothek der med. Wissenschaften*).

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

WWni Dr. A. S. w B. i Dr. K. w G. Otrzymaliśmy prenumeratę w ilości 6, względnie 3 rubli.

Wny Dr. P. A. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Otrzymaliśmy, prosimy i nadal o pamięć.

Wny Dr. S. B. w S. w Afryce. Pismo Szan. Kolegi otrzymaliśmy i prosimy o pamięć, gdy czas i stósunki pozwolą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 6735. pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia czterech posad c. k. lekarzy powiatowych I. klasy w randze IX-tej i dziewięciu nowosystemizowanych posad c. k. lekarzy powiatowych II. klasy w randze X. klasy, rozpisuje się niniejszem konkurs do 5. Sierpnia b. r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Dz. u. p. Nr. 37. metrykę urodzenia, niemniej w dowody znajomości języków krajowych wnieść do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez właściwe c. k. Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 10. Lipca 1894. 144—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.